



## Anmeldung zur<sup>1</sup>

- Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege<sup>2</sup>**  
 **Im Seniorenpflegeheim „Hagenhof“ in Haldensleben**  
 **Im Seniorenpflegeheim „Schloßgarten“ in Flechtingen**  
 **Vollstationäre Pflege**  
 **Im Seniorenpflegeheim „Hagenhof“ in Haldensleben**  
 **Im Seniorenpflegeheim „Schloßgarten“ in Flechtingen**

Aufnahmezeitraum: vom ..... bis: .....  
(nur bei Kurzzeitpflege auszufüllen)

Name: ..... Geburtsname: .....

Vorname: .....

Anschrift: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Familienstand: ..... Konfession: .....

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege soll durchgeführt werden,

- weil die Pflegeperson verhindert ist.  nach Krankenhausaufenthalt.

Besteht eine gesetzliche Betreuung?  ja  nein

Wenn ja, durch wen? .....  
(Betreuerausweis ist als Kopie in der Anlage beizufügen)

Besteht eine Vorsorge-/Handlungsvollmacht?  ja  nein

Kranken-/Pflegekasse: ..... Mitgliedsnummer: .....

Anschrift: .....

Ich beziehe bereits Pflegegeld/Pflegesachleistungen der zuständigen Pflegekasse in Höhe von:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine (beantragt ja/nein <sup>3</sup> ) | <input type="checkbox"/> Grad 3: 545,00 €/1.298,00 €              |
| <input type="checkbox"/> Grad 1                                  | <input type="checkbox"/> Grad 4: 728,00 €/1.612,00 €              |
| <input type="checkbox"/> Grad 2: 316,00 €/689,00 €               | <input type="checkbox"/> Grad 5: 901,00 €/1.995,00 € <sup>4</sup> |

**Entsprechende Bescheide sind der Anmeldung beizufügen!**

Behandelnder Arzt: ..... Tel.-Nr. ....

Anschrift: .....

**Kostenträger** (Liegt bei Aufnahme keine Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse vor, erfolgt die Rechnungslegung privat!)

- Privat mit Unterstützung Pflegekasse und Sozialhilfeträger
- Antrag auf Kurzzeitpflege / vollstationäre Pflege gestellt am: .....
  - genehmigt durch: .....
  - Antrag auf Sozialhilfe gestellt am: .....  
(Letzte/r Rentenbescheid/e ist/sind in Kopie dem Antrag auf Aufnahme beizufügen)

<sup>1</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen.

<sup>2</sup> Zutreffendes bitte unterstreichen.

<sup>3</sup> Nichtzutreffendes bitte durchstreichen!

<sup>4</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen!



**Angehörige/Betreuer** (Bitte Verwandtschaftsgrad/rechtliche Stellung angeben):

1. Name: .....  
Vorname: .....  
Wohnanschrift: .....  
Telefon: .....
2. Name: .....  
Vorname: .....  
Wohnanschrift: .....  
Telefon: .....

**Pflegebedingte Schwerpunkte:**

(Orientierungsverlust, Hinlauftendenz, Bettlägrigkeit ect.....)

.....  
.....

**Dokumente:**

- Personalausweis-Nr.: .....  
ausgestellt durch: .....  
gültig bis: .....

Chipkarte Krankenversicherung:

gültig bis: .....

- Versicherter ist von der Zuzahlung zu Heil- und Hilfsmitteln/Arzneimitteln  befreit  nicht befreit  
– bei Befreiung ist gültig bis: .....

**Bei der Aufnahme bitte mitbringen:**

- KV-Chipkarte  
 Personalausweis oder Geburtsurkunde  
 Impfausweis  
 ggf. Bescheid über den Pflegegrad  
 ggf. Kostenübernahmeerklärung Pflegekasse Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege  
 ggf. Medikamentenbefreiung

**Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.**

ausgefüllt am: .....  
Unterschrift

durch: .....